Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 47-51

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SALIVARY GLAND EPITHELIAL TUMORS AT K HOSPITAL – TAN TRIEU CAMPUS

Trinh Thi Bien[1*], Ta Van To[1,2]

[1]Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam
[2]K Hospital (Tan Trieu Campus) - 30 Cau Buou Street, Thanh Liet Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 08/06/2026
Revised: 29/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the histopathological characteristics of salivary gland epithelial tumors according to the 2022 WHO classification and to correlate the distribution of histological subtypes with anatomical locations.

Subjects and Methods: A total of 602 patients diagnosed with salivary gland epithelial tumors at K Hospital – Tan Trieu Campus from January 2022 to January 2026 were included in the study.

Results: The mean age of the patients was 49 ± 16.4 years, with a male-to-female ratio of 1.1. Benign tumors predominated, accounting for 76.7% of cases, among which pleomorphic adenoma was the most common histological subtype (59.5%). Among malignant tumors, mucoepidermoid carcinoma was the most frequent subtype (34.3%), followed by adenoid cystic carcinoma. Most tumors arose in the major salivary glands, particularly the parotid gland (67.3%). A significant difference in the distribution of benign and malignant tumors according to anatomical location was observed, with the highest rate of malignancy found in the sublingual gland, followed by the minor salivary glands ($p<0.05$). Warthin tumor was found almost exclusively in the parotid gland, whereas adenoid cystic carcinoma was the predominant malignant subtype in the minor salivary glands and sublingual gland.

Conclusion: The findings are consistent with previous reports and contribute additional evidence on the histopathological characteristics of salivary gland tumours, supporting diagnosis, treatment planning, and prognostic assessment.

Keywords: Salivary gland tumor, pleomorphic adenoma, Warthin tumor, parotid gland, submandibular gland, sublingual gland, minor salivary glands.

*Corresponding author
Email: trinhbienhmu3010@gmail.com **Phone:** (+84) 971855471 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6612

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC U BIỂU MÔ TUYẾN NƯỚC BỌT TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU

Trịnh Thị Biên[1*], Tạ Văn Tờ[1,2]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện K cơ sở Tân Triều - số 30 Cầu Bươu, P. Thanh Liệt, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 08/06/2026
Ngày sửa: 29/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học u biểu mô tuyến nước bọt theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022 và đối chiếu sự phân bố các típ mô học với vị trí giải phẫu.

Đối tượng và phương pháp: 602 bệnh nhân được chẩn đoán u biểu mô tuyến nước bọt tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2026.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 49 ± 16,4 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,1. U lành tính chiếm ưu thế với tỷ lệ 76,7%, trong đó u tuyến đa hình là típ mô học thường gặp nhất (59,5%). Trong nhóm u ác tính, ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3%), tiếp theo là ung thư biểu mô dạng tuyến nang. Phần lớn các khối u xuất hiện tại các tuyến nước bọt chính, đặc biệt là tuyến mang tai (67,3%). Có sự khác biệt về tỷ lệ u lành tính và ác tính theo vị trí giải phẫu, với tỷ lệ u ác tính cao nhất ở tuyến dưới lưỡi, tiếp theo là tuyến nước bọt phụ (p<0,05). U Warthin hầu như chỉ gặp ở tuyến mang tai, trong khi ung thư biểu mô dạng tuyến nang là típ mô học ác tính chiếm ưu thế tại tuyến nước bọt phụ và tuyến dưới lưỡi.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu phù hợp với nhiều báo cáo trong và ngoài nước, góp phần bổ sung dữ liệu về đặc điểm mô bệnh học và hỗ trợ chẩn đoán, điều trị, tiên lượng u tuyến nước bọt.

Từ khóa: U tuyến nước bọt, u tuyến đa hình, u Warthin, tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi, tuyến nước bọt phụ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến nước bọt (UTNB) là nhóm bệnh lý quan trọng trong bệnh học vùng đầu cổ, tuy chiếm tỷ lệ thấp trong tổng số u nhưng có đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và mô bệnh học rất đa dạng. UTNB gặp nhiều hơn ở nữ, thường xuất hiện tại các tuyến nước bọt chính, đặc biệt là tuyến mang tai, và phần lớn lành tính, trong đó u tuyến đa hình là típ thường gặp nhất. Tuy nhiên, tỷ lệ ác tính thay đổi đáng kể tùy theo vị trí giải phẫu, với xu hướng tăng cao ở các tuyến nước bọt phụ và tuyến dưới lưỡi [1]. Các u liên quan đến các tuyến nhỏ có tiên lượng xấu hơn, tỷ lệ tái phát cao hơn và kết quả kém hơn so với các u ở tuyến lớn [2]. Tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu hệ thống đánh giá đầy đủ đặc điểm mô bệnh học của u tuyến nước bọt theo từng vị trí giải phẫu. Các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào tuyến mang tai do số lượng trường hợp lớn và thuận lợi trong tiếp cận. Điều này đặt ra nhu cầu cần có những nghiên cứu toàn diện hơn nhằm làm rõ đặc điểm mô bệnh học và sự phân bố các típ mô học theo vị trí giải phẫu của u tuyến nước bọt trong thực hành lâm sàng. Trên cơ sở cập nhật phân loại mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) năm 2022, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm mô bệnh học u biểu mô tuyến nước bọt theo phân loại của TCYTTG năm 2022; (2) Đối chiếu sự phân bố các típ mô học với vị trí giải phẫu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 602 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến nước bọt nguyên phát tại Bệnh viện K, Cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2022 đến hết ngày 31/01/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học xác định sau phẫu thuật là u tuyến nước bọt.

+ Tiêu bản và khối nến lưu trữ đảm bảo chất lượng để chẩn đoán.

+ Có hồ sơ bệnh án cung cấp đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Tất cả các trường hợp không có đủ thông tin như trên.

+ Các trường hợp u tái phát tại chỗ, xâm lấn, di căn đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp đọc lại tiêu bản.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu toàn bộ và chọn mẫu có chủ đích.

2.2.3. Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi bệnh nhân (năm).

- Giới tính: nam, nữ.

- Vị trí u: tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi, tuyến nước bọt phụ.

Đặc điểm giải phẫu bệnh của u tuyến nước bọt

- Ranh giới u: rõ/ không rõ

+ Rõ: mô u được phân cách tương đối rõ với mô tuyến nước bọt hoặc mô mềm xung quanh, có thể có hoặc không có vỏ xơ.

+ Không rõ: tế bào u xâm nhập, đan xen vào mô tuyến nước bọt, mô mỡ, cơ hoặc mô mềm xung quanh, khiến giới hạn giữa mô u và mô lành khó xác định.

- Tình trạng xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh, di căn hạch: có/ không

+ Xâm nhập mạch được xác định khi có sự xuất hiện của tế bào u trong khoang được lợp bởi các tế bào nội mô, các tế bào u dính vào thành mạch hoặc lớp chun của các

*Tác giả liên hệ
Email: trinhbienhmu3010@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 971855471 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6612

mạch máu lớn.

+ Xâm nhập thần kinh được xác định khi tế bào u xâm nhập vào trong cấu trúc dây thần kinh hoặc xâm nhập vỏ dây thần kinh.

- Phân loại mô bệnh học theo phân loại của TCYTTG (WHO) 2022:

U lành tính	
+ U tuyến đa hình + U tuyến tế bào đáy + U Warthin + U tế bào ái toan + U cơ biểu mô tuyến nước bọt + U tuyến ống dẫn + U tuyến nang của tuyến nước bọt + U nhú trong ống	+ U nhú tuyến nước bọt + U tuyến lympho + U tuyến bã + Quá sản và u tuyến ống trung gian + U tuyến ống có khía + U tuyến đa nang xơ hóa + U nang sừng
U ác tính	
+ Ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy + Ung thư biểu mô dạng tuyến nang + Ung thư biểu mô tế bào nang + Ung thư biểu mô thể chế tiết + Ung thư biểu mô tuyến vi chế tiết + Ung thư biểu mô tuyến đa hình + Ung thư biểu mô tế bào sáng hyalin hóa + Ung thư biểu mô tuyến tế bào đáy + Ung thư biểu mô nội ống + Ung thư biểu mô ống nước bọt + Ung thư biểu mô cơ biểu mô	+ Ung thư biểu mô biểu mô - cơ biểu mô + Ung thư biểu mô tuyến nhầy + Ung thư biểu mô tuyến vi nang xơ hóa + Ung thư biểu mô trên nền u tuyến đa hình + Ung thư biểu mô sarcom tuyến nước bọt + Ung thư biểu mô tuyến bã + Ung thư biểu mô lympho biểu mô + Ung thư biểu mô tế bào vảy + U nguyên bào tuyến nước bọt + Ung thư biểu mô tuyến nước bọt không đặc hiệu

Đối chiếu các típ mô bệnh học với vị trí giải phẫu

Đối chiếu các típ mô bệnh học với 4 vị trí giải phẫu: tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi, tuyến nước bọt phụ.

2.4. Quy trình nghiên cứu

- Danh sách người bệnh được trích xuất theo mã chẩn đoán (ICD) và vị trí giải phẫu nhằm hạn chế bỏ sót. Thu thập thông tin chung về tuổi, giới, vị trí u từ hồ sơ bệnh án. Thu thập tiêu bản, cắt nhuộm lại tiêu bản nếu tiêu bản cũ bị hư hỏng hoặc không còn trong kho lưu trữ.

- Nghiên cứu mô bệnh học: Các tiêu bản đã được bác sĩ giải phẫu bệnh phụ trách thường quy đọc và chẩn đoán trước đó. Sau đó, toàn bộ tiêu bản được mã hóa để nghiên cứu viên đọc lại độc lập trong điều kiện làm mù với chẩn đoán mô bệnh học ban đầu. Những trường hợp có sự khác biệt giữa chẩn đoán ban đầu và kết quả đọc lại được hội chẩn với giảng viên hướng dẫn để thống nhất chẩn đoán cuối cùng. Mức độ phù hợp giữa chẩn đoán ban đầu và kết quả đọc lại trước khi thống nhất được đánh giá bằng hệ số Cohen's kappa (κ).

- Đối với hóa mô miễn dịch (HMMD), nghiên cứu thu thập và đánh giá lại các tiêu bản HMMD đã được nhuộm trong quá trình chẩn đoán thường quy tại thời điểm ban đầu. Kết quả HMMD được sử dụng kết hợp với đặc điểm mô bệnh học trên tiêu bản HE để hỗ trợ xác định chẩn đoán mô bệnh học theo phân loại WHO 2022. Nghiên cứu không thực hiện nhuộm HMMD bổ sung đối với các trường hợp chưa được chỉ định nhuộm trong thực hành thường quy.

2.5. Phân tích và xử lí số liệu

Thông tin và các biến số nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu được ghi vào phiếu nghiên cứu có sẵn. Lưu trữ dữ liệu bằng phần mềm Excel. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, giá trị trung vị, độ lệch chuẩn, T-test, kiểm định khi bình phương hoặc Fisher Exact-Test (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05).

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội (số 946/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

Bảng 1. Sự phân bố tiềm năng ác tính theo vị trí giải phẫu, giới, tuổi, ranh giới u

Đặc điểm		Lành tính		Ác tính		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	
Vị trí giải phẫu	Tuyến mang tai	334	82,5	71	17,5	405	67,3	< 0.001[b]
	Tuyến dưới hàm	98	76,6	30	21,4	128	21,3	
	Tuyến dưới lưỡi	0	0	7	100	7	1,2	
	Tuyến nước bọt phụ	30	48,4	32	51,6	62	10,3	
Giới	Nữ	235	74,1	82	25,9	317	52,7	0.122[b]
	Nam	227	79,6	58	20,4	285	47,3	
Tuổi	<40	151	79,5	39	20,5	190	31,6	0.541[b]
	40-59	163	75,8	52	24,2	215	35,7	
	>=60	148	75,1	49	24,9	197	32,7	
Ranh giới u	Rõ	462	97,3	13	2,7	475	78,9	< 0.001[b]
	Không rõ	0	0	127	100	127	21,1	
Tổng		462	76,7	140	23,3	602	100	

%: Tỷ lệ; a: Pearson's Chi-square test; b: Fisher's exact test

Tuổi: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 49 ± 16,4 tuổi. Trong đó tuổi thấp nhất là 9 tuổi, cao nhất là 85 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-59 tuổi chiếm 35,7%. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi về tiềm năng lành tính hay ác tính của u (p = 0,541).

Giới tính: Tỷ lệ gặp ở nữ giới là 52,7%, ở nam giới là 47,3%, tỷ lệ nam/nữ là 1,1. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ u lành tính và ác tính giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê (p = 0,122).

Vị trí giải phẫu: Tuyến mang tai là vị trí thường gặp nhất với 405 trường hợp (67,3%), trong đó u lành tính chiếm 82,5% và u ác tính chiếm 17,5%. Tuyến dưới hàm đứng thứ hai với 128 trường hợp (21,3%), tỷ lệ u lành tính là 76,6%. Ngược lại, tất cả các trường hợp u tuyến dưới lưỡi đều là ác tính (100%). Ở tuyến nước bọt phụ, tỷ lệ u ác tính (51,6%) cao hơn nhẹ so với u lành tính (48,4%). Sự khác biệt về tỷ lệ lành tính và ác tính giữa các vị trí giải phẫu có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Ranh giới u: Các trường hợp có ranh giới rõ chủ yếu là u lành tính với tỷ lệ 97,3%, còn lại là u ác tính với 2,7%, trong khi các trường hợp không rõ ranh giới đều là u ác tính (100%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 2. Phân bố các típ MBH chủ yếu của u biểu mô tuyến nước bọt

Típ mô bệnh học	Tuyến mang tai	Tuyến dưới hàm	Tuyến nước bọt phụ	Tuyến dưới lưỡi	Tổng số	Tỷ lệ trong nhóm (%)	Tỷ lệ toàn bộ (%)
U tuyến đa hình	158	92	25	0	275	59,5	45,7
U Warthin	122	1	0	0	123	26,6	20,4
U cơ biểu mô	8	4	3	0	15	3,2	2,5
U tuyến tế bào đáy	40	0	1	0	41	8,9	6,8
U tế bào ái toan	1	1	0	0	2	0,4	0,3
U tuyến ống dẫn	0	0	1	0	1	0,2	0,2
U tuyến nang của tuyến nước bọt	1	0	0	0	1	0,2	0,2
Quá sản và u tuyến ống trung gian	2	0	0	0	2	0,4	0,3
U tuyến ống có khía	1	0	0	0	1	0,2	0,2
U tuyến đa nang xơ hóa	1	0	0	0	1	0,2	0,2
Tổng u lành	334	98	30	0	462	100	76,7
UTBM dạng biểu bì nhầy	24	8	15	1	48	34,3	8,0
UTBM dạng tuyến nang	12	8	14	6	40	28,6	6,6
UTBM ống tuyến nước bọt	8	4	0	0	12	8,6	2,0
UTBM tế bào nang	2	0	0	0	2	1,4	0,3
UTBM thể chế tiết	7	0	1	0	8	5,7	1,3
UTBM tuyến đa hình	1	1	0	0	2	1,4	0,3
UTBM tuyến tế bào đáy	1	0	0	0	1	0,7	0,2
UTBM cơ biểu mô	3	1	1	0	5	3,6	0,8
UTBM biểu mô-cơ biểu mô	5	1	0	0	6	4,3	1,0
UTBM/U tuyến đa hình	2	4	0	0	6	4,3	1,0
UTBM lympho biểu mô	6	3	0	0	9	6,4	1,5
UTBM Sarcom tuyến nước bọt	0	0	1	0	1	0,7	0,2
Tổng u ác	71	30	32	7	140	100	23,3
TỔNG	405	128	62	7	602	100	100

UTBM: Ung thư biểu mô

U lành tính chiếm ưu thế với 462 trường hợp, tương ứng 76,7% tổng số ca nghiên cứu. Trong nhóm này, u tuyến đa hình là típ mô học thường gặp nhất với 275 trường hợp (59,5%), tiếp theo là u Warthin với 123 trường hợp (26,6%). Ngoài ra, các típ hiếm gặp khác như u tuyến ống dẫn, u tuyến nang của tuyến nước bọt, u tuyến ống có lông và u tuyến đa nang xơ hóa chỉ ghi nhận 1 trường hợp cho mỗi típ (0,2%). Trong nghiên cứu này không ghi nhận trường hợp nào thuộc các típ u nhú trong ống, u nhú tuyến nước bọt, u tuyến lympho, u tuyến bã và u nang sừng.

Trong nhóm u lành tính, tuyến mang tai là vị trí giải phẫu thường gặp nhất với 334 trường hợp (72,3%), tiếp theo là tuyến dưới hàm và tuyến nước bọt phụ; không ghi nhận trường hợp nào tại tuyến dưới lưỡi. U tuyến đa hình là típ mô học phổ biến nhất tại hầu hết các vị trí giải phẫu, chủ yếu gặp ở tuyến mang tai (158 trường hợp). U Warthin hầu như chỉ xuất hiện ở tuyến mang tai với 122/123 trường hợp, chỉ ghi nhận 1 trường hợp tại tuyến dưới hàm. Nhìn chung, phần lớn các típ u lành tính có xu hướng xuất hiện ở các tuyến nước bọt lớn, đặc biệt là tuyến mang tai và tuyến dưới hàm.

U ác tính chiếm 140 trường hợp, tương ứng 23,3% tổng số ca nghiên cứu. Ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy là típ mô học thường gặp nhất với 48 trường hợp (34,3%), tiếp theo là ung thư biểu mô dạng tuyến nang với 40 trường hợp (28,6%). Một số típ hiếm gặp ung thư biểu mô tế bào nang chiếm 1,4%, trong khi ung thư biểu mô tuyến tế bào đáy và ung thư biểu mô sarcom tuyến nước bọt chỉ ghi nhận 1 trường hợp mỗi típ (0,7%).

Trong nhóm u ác tính, tuyến mang tai là vị trí giải phẫu thường gặp nhất với 71 trường hợp (50,7%). Ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy phân bố ở hầu hết các vị trí giải phẫu, chủ yếu tại tuyến mang tai (24 trường hợp). Ung thư biểu mô dạng tuyến nang là típ thường gặp thứ hai đồng thời là típ mô học phổ biến nhất tại tuyến dưới lưỡi với 6/7 trường hợp. Ung thư biểu mô ống tuyến nước bọt và ung thư biểu mô thể chế tiết chủ yếu xuất hiện ở tuyến mang tai. Đối với các típ hiếm gặp, ung thư biểu mô tuyến đa hình và ung thư biểu mô trên nền u tuyến đa hình gặp chủ yếu ở tuyến dưới hàm, trong khi sarcom tuyến nước bọt chỉ ghi nhận 1 trường hợp tại tuyến nước bọt phụ. Nhìn chung, đa số các típ u ác tính có xu hướng phân bố chủ yếu tại tuyến mang tai, ngoại trừ ung thư biểu mô dạng tuyến nang có tỷ lệ cao tại các tuyến nước bọt phụ và tuyến dưới lưỡi.

Bảng 3. Xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh, di căn hạch

Yếu tố	Có		Không		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Xâm nhập mạch	38	27,1	102	72,9	140	100
Xâm nhập thần kinh	42	30	98	70	140	100
Di căn hạch	26	29,5	62	70,5	88	100

Trong số các trường hợp u ác tính, ghi nhận 38 trường hợp có xâm nhập mạch, chiếm 27,1%, và 42 trường hợp có xâm nhập thần kinh, chiếm 30%. Có 88 trường hợp được thực hiện vét hạch, trong đó phát hiện di căn hạch ở 26 trường hợp, tương ứng chiếm 29,5%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy u tuyến nước bọt lành tính chiếm 76,7%, cao hơn rõ rệt so với u ác tính, phù hợp với đa số các nghiên cứu trong và ngoài nước. Đặc điểm ranh giới rõ của nhóm u lành tính phản ánh xu hướng phát triển chậm, tăng sinh khu trú và ít xâm lấn mô xung quanh, trái ngược với nhóm u ác tính thường có ranh giới không rõ do đặc tính xâm nhập tại chỗ. Phần lớn các khối u xuất hiện tại các tuyến nước bọt chính, đặc biệt là tuyến mang tai, chiếm 67,3% tổng số trường hợp. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây do tuyến mang tai là tuyến nước bọt lớn nhất và chứa lượng mô tuyến phong phú nhất nên có khả năng xuất hiện các tổn thương tân sản cao hơn. Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi, tuyến dưới lưỡi có tỷ lệ u ác tính là 100%, phù hợp với nhận định rằng nguy cơ ác tính tăng dần từ tuyến mang tai đến tuyến dưới hàm và cao nhất ở tuyến dưới lưỡi.

Trong nhóm u lành tính, u tuyến đa hình là típ mô học thường gặp nhất, chiếm 59,5% tổng số u lành tính, tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây (1,3). Đây là típ u có khả năng xuất hiện ở cả tuyến nước bọt lớn và tuyến nước bọt phụ do nguồn gốc từ tế bào biểu mô và cơ biểu mô của hệ thống ống tuyến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u tuyến đa hình gặp chủ yếu ở tuyến mang tai và tuyến dưới hàm. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học đã được ghi nhận trong y văn [1,3].

U Warthin là típ u lành tính thường gặp thứ hai, chiếm 26,6% các trường hợp, với tỷ lệ tương đương một số nghiên cứu trong nước [4], nhưng cao hơn so với các nghiên cứu quốc tế [1,3,5]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến sự gia tăng số lượng bệnh nhân lớn tuổi và tỷ lệ hút thuốc lá trong quần thể nghiên cứu, vốn được xem là yếu tố nguy cơ liên quan đến típ u này. U Warthin hầu như chỉ xuất hiện ở tuyến mang tai cho thấy mối liên quan chặt chẽ do nguồn gốc từ biểu mô ống tuyến nằm trong mô lympho của tuyến. Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận một số típ hiếm gặp như u tế bào ái toan, u tuyến ống dẫn, u tuyến ống có khía và u tuyến ống trung gian với tỷ lệ rất thấp. Các típ này thường chỉ gặp rải rác trong các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn do tỷ lệ mắc thấp và tiêu chuẩn chẩn đoán tương đối phức tạp.

Trong nhóm u ác tính, ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy là típ mô học thường gặp nhất, chiếm 34,3% và gặp ở hầu hết các vị trí. Tiếp theo là ung thư biểu mô dạng tuyến nang (28,6%), chiếm chủ yếu u ác tính tại tuyến nước bọt phụ và tuyến dưới lưỡi. Kết quả này phù hợp với phần lớn các nghiên cứu trong nước và quốc tế [1,3,4]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại ghi nhận ung thư biểu mô dạng tuyến nang là típ thường gặp nhất [6], đặc biệt ở các nghiên cứu có tỷ lệ cao các trường hợp tuyến nước bọt phụ. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu và vị trí giải phẫu của u. Ngoài hai típ thường gặp trên, nghiên cứu còn ghi nhận các típ ác tính hiếm gặp khác, một số típ rất hiếm như ung thư biểu mô sarcom tuyến nước bọt và ung thư biểu mô tuyến tế bào đáy chỉ ghi nhận một trường hợp.

Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ xâm nhập mạch ở nhóm u ác tính là 27,1% và xâm nhập thần kinh là 30%. Đây đều là những yếu tố tiên lượng xấu đã được chứng minh có liên quan đến nguy cơ tái phát tại chỗ và giảm thời gian sống còn. Trong số các trường hợp được vét hạch, có 29,5% phát hiện di căn hạch trên mô bệnh học, cho thấy vai trò quan trọng của đánh giá hạch cổ trong điều trị các u tuyến nước bọt ác tính, đặc biệt ở các típ mô học có nguy cơ cao.

Nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, đối với một số típ mô bệnh học hiếm gặp, số lượng trường hợp còn ít, do đó chưa đủ điều kiện để phân tích sâu về đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học. Thứ hai, do hạn chế về nguồn lực và tính chất hồi cứu của nghiên cứu, việc đánh giá hóa mô miễn dịch chỉ dựa trên các tiêu bản đã được nhuộm trong quá trình chẩn đoán thường quy, nghiên cứu không thực hiện nhuộm bổ sung cho các trường hợp còn thiếu dấu ấn. Bên cạnh đó, các kỹ thuật sinh học phân tử như lai huỳnh quang tại chỗ (FISH) hoặc giải trình tự gen thế hệ mới (NGS) chưa được áp dụng thường quy, đặc biệt đối với các trường hợp khó hoặc các típ u mới được bổ sung trong phân loại WHO 2022. Điều này có thể ảnh hưởng đến độ chính xác trong việc phân loại một số trường hợp đặc biệt. Cuối cùng, tiêu chuẩn lựa chọn mẫu chỉ bao gồm các trường hợp có bệnh phẩm phẫu thuật, do đó chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm của nhóm bệnh nhân chỉ được sinh thiết chẩn đoán mà không có chỉ định phẫu thuật hoặc những bệnh nhân giai đoạn muộn không còn chỉ định phẫu thuật.

Tuy nhiên, với số lượng mẫu tương đối lớn và việc đối chiếu phân bố típ mô học theo vị trí giải phẫu, nghiên cứu đã góp phần cung cấp thêm dữ liệu về đặc điểm dịch tễ học và mô bệnh học của u tuyến nước bọt tại Việt Nam. Các kết quả này có ý nghĩa trong định hướng chẩn đoán, lựa chọn phương pháp điều trị và đánh giá tiên lượng bệnh.

5. KẾT LUẬN

U tuyến nước bọt phần lớn là u lành tính và gặp chủ yếu ở tuyến mang tai. U tuyến đa hình là típ mô học lành tính thường gặp nhất, trong khi ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy là típ ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ u ác tính có xu hướng tăng dần từ tuyến mang tai, tuyến dưới hàm đến tuyến nước bọt phụ và tuyến dưới lưỡi. Ngoài ra, một số típ mô bệnh học có sự phân bố đặc trưng theo vị trí giải phẫu, trong đó u Warthin hầu như chỉ xuất hiện ở tuyến mang tai, còn ung thư biểu mô dạng tuyến nang là típ ác tính ưu thế tại tuyến nước bọt phụ và tuyến dưới lưỡi. Những dữ liệu này góp phần cung cấp thêm bằng chứng về đặc điểm dịch tễ học và mô bệnh học của u tuyến nước bọt, hỗ trợ cho chẩn đoán, định hướng điều trị và đánh giá tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Cunha JL, Coimbra AC, Silva JV, Nascimento IS, Andrade ME, Oliveira CR, et al. Epidemiologic analysis of salivary gland tumors over a 10-years period diagnosed in a northeast Brazilian population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2020 Jul 1;25(4):e516–22. doi:10.4317/medoral.23532 PubMed PMID: 32388524; PubMed Central PMCID: PMC7338061.

[2] dos Santos ES, Rodrigues-Fernandes CI, Speight PM, Khurram SA, Et. A. Impact of tumor site on the prognosis of salivary gland neoplasms: A systematic review and meta-analysis. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2021. doi:10.1016/j.critrevonc.2021.103352

[3] Alsanie I, Rajab S, Cottom H, Adegun O, Agarwal R, Jay A, et al. Distribution and Frequency of Salivary Gland Tumours: An International Multicenter Study. Head Neck Pathol. 2022 May 27;16(4):1043–54. doi:10.1007/s12105-022-01459-0 PubMed PMID: 35622296; PubMed Central PMCID: PMC9729635.

[4] Đinh Thị Huyền Trang. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của u tuyến nước bọt [luận văn thạc sĩ y học]. [Hà Nội]: Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.

[5] Wang YL, Zhu YX, Chen TZ, Wang Y, Sun GH, Zhang L, et al. Clinicopathologic study of 1176 salivary gland tumors in a Chinese population: Experience of one cancer center 1997–2007. Acta Oto-Laryngologica. 2012 Aug 1;132(8):879–86. doi:10.3109/00016489.2012.662715 PubMed PMID: 22497626.

[6] Lukšić I, Virag M, Manojlović S, Macan D. Salivary gland tumours: 25 years of experience from a single institution in Croatia. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2012 Apr 1;40(3):e75–81. doi:10.1016/j.jcms.2011.05.002